UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 16

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA LUXATION PALMAIRE DU POUCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1911

PAR

Charles CHAIGNE

Né à Marseille, le 30 juillet 1883

Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux (1907-1910)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	GILIS, Professeur, *Président.*	
	VIRES, Professeur	
	SOUBEYRAN, Agrégé	*Assesseurs*
	EUZIÈRE, Agrégé	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1911

DE LA

LUXATION PALMAIRE
DU POUCE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534907_0016

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 16

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA LUXATION PALMAIRE DU POUCE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 23 Décembre 1911

ACAD. LUGD. RAT. BIBL.

PAR

Charles CHAIGNE

Né à Marseille, le 30 juillet 1883

Ancien externe des Hôpitaux de Bordeaux (1907-1910)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	GILIS, Professeur, *Président.*	
	VIRES, Professeur	*Assesseurs*
	SOUBEYRAN, Agrégé	
	EUZIÈRE, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette
—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	N.....
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. GILIS, *Président.*	MM. SOUBEYRAN, *Agrégé.*
VIRES, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de mon affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

CH. CHAIGNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de reconnaissance.

CH. CHAIGNE.

A MON JURY

CH. CHAIGNE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous considérons comme un devoir de remercier nos Maîtres de la Faculté de Bordeaux comme ceux de la Faculté de Montpellier, à laquelle les circonstances nous ont conduit à demander la consécration de nos études. C'est maintenant à nous de mettre en application les leçons et les conseils qui nous ont été prodigués.

Nous tenons, tout d'abord, à adresser nos plus sincères remerciements à M. le professeur Soubeyran qui nous a donné l'idée de ce travail et a fait preuve à notre égard de la bienveillance la plus complète.

M. le professeur Gilis a bien voulu accepter la présidence de cette thèse : nous lui en serons toujours reconnaissant et espérons qu'il voudra bien la juger avec bienveillance.

C'est dans le service de M. le docteur Bouvet, médecin des hôpitaux de Bordeaux, que nous avons débuté dans nos études médicales. Il daigna s'intéresser au zèle et à la bonne volonté d'un jeune stagiaire ignorant : avec lui nous auscultâmes notre premier malade, avec lui nous acquîmes nos premières notions cliniques ; son ancien élève lui en gardera toujours le souvenir le plus reconnaissant.

C'est auprès de M. le docteur Bitot, médecin des hôpitaux, que nous avons passé une des années les plus profitables de notre externat ; nous le remercions sincèrement des constants efforts qu'il fit pour nous instruire.

De M. le professur Moussous nous n'oublierons jamais les leçons si vivantes, si claires, si séduisantes ! C'est lui qui nous initia aux secrets de la médecine infantile, cet art et cette science si aimables — pour ceux qui aiment les tout petits — mais si difficiles à pratiquer. De l'année passée auprès de lui nous garderons le meilleur souvenir.

Nous nous rappelons également avec reconnaissance les érudites leçons de M. le professeur Sabrazès ; ses consultations du jeudi nous furent d'un grand intérêt, et nous ont aussi été, espérons-le, très profitables.

Nous ne voulons pas oublier, non plus, tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à nous pendant notre vie d'étudiant ; entre autres M. le docteur Mauriac qui fut pour nous un interne aimable et bienveillant au cours de l'année que nous passâmes ensemble, MM. le docteurs F. Carles et Puyhaubert, chefs de clinique à l'hôpital des enfants.

En raison d'une amitié vieille de plusieurs années, nous adressons un amical souvenir aux Drs Plantier, Lafon et Noguiès, aux Drs Delaunay et Seringes, nos vieux camarades d'un P. C. N. bien lointain, mais très vivace en notre esprit.

Enfin, nous ne voulons pas clore cet avant-propos sans laisser notre pensée se reporter sur notre bon, notre excellent camarade le docteur Casedevant ; trop de souvenirs communs nous lient l'un à l'autre pour que cette vieille amitié de jeunesse s'éteigne jamais ; au seuil de notre thèse inaugurale nous lui adressons notre souvenir le plus cordial.

DE LA

LUXATION PALMAIRE
DU POUCE

DIVISION DU SUJET

Nous ne croyons certes pas traiter une question nouvelle : la luxation du pouce en avant a été, en effet, le sujet d'assez nombreux travaux. Mais cette lésion est si rare !

Labarrière, dans son excellente thèse inaugurale, en signale 23 cas. Nous avons réussi à trouver 4 cas nouveaux, dont un inédit, et qui nous a été obligeamment communiqué par M. le professeur agrégé Soubeyran.

Si les interventions opératoires auxquelles ont donné lieu certains de ces malades n'ont amené que la confirmation de choses déjà connues au point de vue du mécanisme de la luxation, certaines d'entre elles cependant nous ont paru d'un certain intérêt au point de vue du traitement qu'on peut leur appliquer.

N'est-ce pas là une raison suffisante pour reprendre la question ?

Les données étiologiques et le mécanisme de ces luxations seront étudiées tout d'abord; nous nous inspirerons des observations et recherches faites à ce sujet, et plus particulièrement des travaux de Farabeuf, auxquels on doit toujours se reporter à propos de luxation du pouce. Nous traiterons des lésions qu'elle produit.

La symptomatologie, le diagnostic et le pronostic seront étudiés d'après les observations que nous avons pu recueillir.

Enfin, nous accorderons au traitement, chose si importante, tout le développement auquel il a droit.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MÉCANISME

On peut essayer de vérifier les lésions produites par la luxation du pouce en avant (et par conséquent son mécanisme), soit par des autopsies, soit par des expériences pratiquées sur le cadavre.

Nous allons décrire brièvement les résultats des expériences faites sur le cadavre par Lenoir, par Lorinser et par Foucaut; nous résumerons les recherches auxquelles s'est livré Labarrière, ainsi que celles de Farabeuf. Enfin une observation, intéressante à plusieurs points de vue, de Vanverts apportera encore quelques éclaircissements à la question, en même temps qu'elle montrera la nature des causes de la récidive; décrire ces lésions serait nous répéter, aussi les retrouvera-t-on dans l'observation que nous avons reproduite (Obs. XVII).

A. — Expériences faites sur le cadavre

Pour Lenoir, le grand obstacle à la réduction, c'est le tendon du long fléchisseur propre du pouce soulevé

par la phalange déplacée et tendu à l'excès ; c'est là une opinion qui n'est plus admise aujourd'hui.

Lorinser admet que, pour qu'il y ait luxation du pouce en avant, il faut qu'il y ait préalablement déchirure du ligament latéral externe ; à l'autopsie, on put vérifier que le tendon du long extenseur, déviant vers le bord radial, avait sauté par-dessus le tubercule externe du métacarpien, et, s'interposant entre les deux surfaces articulaires, avait amené obstacle à la réduction, obstacle proportionnel à la violence des tractions.

De là, le conseil donné par Lorinser de porter toujours le pouce vers le bord radial pour dégager le tendon extenseur.

Pour Foucaut (thèse de 1876, inspirée par Farabeuf), il ne faudrait pas seulement que le ligament latéral externe cède, mais il faudrait que les deux ligaments latéraux soient déchirés. Il n'a, d'ailleurs, jamais constaté le déplacement des tendons extenseurs.

En somme, la question était des plus controversées. Vinrent les travaux de Labarrière qui se livra à deux séries d'expériences.

1re série d'expériences. — L'auteur a pour but de produire la luxation du pouce en avant par hyperextension, et cela par renversement forcé du pouce en arrière ; mais l'effort à exercer doit être assez considérable et il est nécessaire d'utiliser le davier de Farabeuf ; l'extension suffisamment obtenue, on entend des craquements ; on déplace alors les surfaces articulaires de façon à faire passer la base de la phalange en avant et en haut. La luxation palmaire du pouce est alors réalisée, et l'on constate, à la dissection et dans toutes les expériences tentées :

a) La perforation du faisceau externe du court fléchisseur ;

b) Le report en dedans du tendon du long fléchisseur ;

c) La rupture complète du ligament latéral externe ;

d) La rupture partielle du ligament latéral interne.

Quant au ligament dorsal il était intact ; les sésamoïdes restaient attachés à la base de la phalange, et Labarrière conclut :

« Une chute sur la face palmaire, le pouce étant en extension exagérée, sera susceptible de produire une luxation en avant. » C'est là le mécanisme nettement réalisé par l'observation VIII (Lombard). La chute sur la pulpe du doigt peut donc produire cette lésion.

2me série d'expériences. — Le pouce est encore placé en extension forcée, mais on y ajoute des mouvements d'abduction. Des efforts énergiques produisent alors la luxation.

Quelles sont les lésions observées ?

Lorinser admettait que les tendons extenseurs étaient rejetés en dehors du tubercule externe ; pour Meschedé, ils sont rejetés en dedans.

Labarrière a constaté que la rupture des attaches celluleuses les reliant aux parties voisines permet leur glissement soit en dedans soit en dehors :

a) Les tendons extenseurs rejetés vers le bord radial, le pouce se met en rotation interne et se dévie latéralement en dehors ; quand on le refoule au contraire en dedans vers le bord cubital, le pouce se place en rotation externe, et il y a déviation latérale en dedans ;

b) Les extenseurs sont soulevés par la tête métacarpienne ;

c) Le ligament antérieur se déchire au ras du métacarpe et reste attaché à la phalange;

d) Les ligaments latéraux sont déchirés (soit partiellement, soit en totalité).

Labarrière aurait bien voulu, également, produire cette luxation par la flexion forcée, mais il y eut bien plutôt fracture que luxation véritable : il faut, en effet, dans ce dernier cas, combiner un mouvement d'abduction à la flexion.

En somme, nous en arrivons à la classification des luxations palmaires du pouce en trois variétés : c'est celle adoptée par Farabeuf ; nous y reviendrons plus loin. Labarrière procéda enfin à d'autres expériences : une série de pièces anatomiques furent disséquées de telle sorte qu'il ne restât que les parties osseuses, les ligaments et les tendons extenseurs et long fléchisseur.

a) *Le pouce est renversé en arrière très fortement :* la luxation en avant n'est produite d'une façon bien nette que quand il y a rupture des deux ligaments latéraux ; au contraire, pour la luxation en arrière, les déchirures des ligaments sont moindres : « de là, dit Labarrière, la cause de la plus grande fréquence des luxations en arrière. »

b) *A l'hyperextension on combine un mouvement d'abduction*, les résultats obtenus sont à peu près identiques.

c) *Par la flexion exagérée*, il peut y avoir luxation en avant, mais avec chevauchement peu marqué.

B. — **Résultats fournis par l'autopsie**

Les autopsies d'individus ayant présenté une luxation non réduite du pouce sont très rares : la littérature médicale en compte six : ce sont celles de Wood, Meschedé, Foucaut, Eve et Stimson.

Labarrière et Lambret ne signalent avec détails que celles de Meschedé et Foucaut (ce sont, d'ailleurs, d'après Looten et Fontan (1) les seules importantes).

Dans le premier cas (luxation ancienne), les tendons étaient logés en dedans de la tête métacarpienne. Dans le second cas (celui de Foucaut), il y avait déplacement en dehors. « Il s'agit, dit Foucaut, d'une luxation ancienne, trouvée à l'amphithéâtre et sur laquelle nous n'avons aucun renseignement clinique.

« La phalange a glissé sous le métacarpien dans une étendue de huit millimètres environ, le déplacement s'est fait en avant sans aucune rotation, ni aucune déviation angulaire. Les tendeurs extenseurs sont déplacés en dehors et reportés sur le tubercule dorsal externe, où ils ont contracté des adhérences comme à l'état normal.

» La capsule articulaire est très mince, renforcée puissamment par les tendons extenseurs et leurs extensions fibreuses. Cette minceur atteint son maximum sur les faces dorsale et interne ; en dehors, au contraire, la capsule est beaucoup plus forte, grâce aux fibres que lui envoient les tendons des muscles sésamoïdiens externes.

» La nouvelle surface articulaire du dos et de la base de la phalange s'est encroûtée de cartilage. »

---

(1) Cf. Bibliographie.

Dans le deuxième cas de Foucaut, la luxation date de dix-huit heures : « La capsule et les ligaments étaient largement déchirés en arrière et sur les côtés : les ligaments étaient rompus, et seul l'os sésamoïdien interne rattachait la phalange au métacarpien. »

Quant aux tendons des muscles long et court extenseurs, ils étaient déjetés en dehors de la tête métacarpienne. Ce sont bien là les conclusions auxquelles était arrivé Farabeuf (1). D'après cet anatomiste, la luxation en avant ne peut se produire sans une déchirure complète des deux ligaments métacarpo-phalangiens, « ce qui se conçoit aisément si l'on se représente, dit Farabeuf, la direction des ligaments latéraux qui vont du tubercule du métacarpien dorsal au tubercule phalangien palmaire. »

En tous cas, Farabeuf conclut à l'existence de trois variétés de luxations, conclusion à laquelle nous amènent également les recherches diverses des auteurs précédents :

1° *La luxation directe en avant :* les tendons extenseurs ne sont pas déplacés (prouvé par les expériences sur le cadavre — un cas observé dans le service de Verneuil).

2° *La luxation indirecte en avant et en dehors :* les tendons sont déplacés en dehors (cas de Lorinser, Foucaut).

3° *La luxation en avant et en dedans* où les tendons sont déplacés en dedans (observation de Meschedé).

Le déplacement en dehors est le plus fréquent.

---

(1) Farabeuf. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1876, p. 746.

Donc, d'après Farabeuf, il y a trois variétés de luxations :

Luxation en avant et en dehors ou radio-palmaire — tendons versés en dehors.

Luxation en avant et en dedans ou cubito-palmaire — tendons versés en dedans.

Luxation en avant — tendons restés en place.

ETIOLOGIE

La luxation palmaire du pouce a toujours été considérée comme très rare : cette rareté s'explique par la mobilité du pouce, la résistance des ligaments surtout.

Nous ne connaissons pas de luxation pathologique : il ne peut donc être question que de luxation traumatique.

D'après le chapitre précédent, on peut admettre, nous semble-t-il, trois mécanismes principaux de la production de cette luxation :

a) *L'extension forcée.* — La base de la phalange passe en avant ; c'est ce qui se produit, par exemple, dans une chute ou un coup portant sur la pulpe du pouce. Ce mécanisme est rare ; nous en trouvons un cas à l'observation XVIII.

b) *L'extension forcée avec abduction.* — Même mécanisme que dans le cas précédent, mais la luxation est plus facile, car le traumatisme détruit le ligament latéral interne.

c) *La flexion forcée.* — C'est ce qui se produit le plus souvent et ce sur quoi a bien insisté Malgaigne. Il nous faut alors admettre un choc sur la face dorsale de la phalange : dans un cas de Thierry, un blessé se luxe le pouce en donnant un coup de poing ; le sujet de Lenoir

était tombé sur la face dorsale du pouce, fléchi fortement en dedans.

En tous cas, il nous semble nécessaire d'insister sur un point, c'est la violence qu'il faut exercer sur le doigt. Les expériences de Labarrière montrent bien que la perte du contact permanent des surfaces articulaires ne s'obtient que par un traumatisme d'une grande intensité. Et c'est là la cause efficiente.

Comme causes prédisposantes, en plus de celles énumérées plus haut, à savoir la résistance des ligaments et la mobilité excessive des phalanges, il nous faut citer la faiblesse musculaire (permettant l'allongement, puis la rupture des moyens de contention de l'articulation); enfin tout le monde n'a-t-il pas vu des enfants à ligaments lâches créer à volonté des luxations métacarpo-phalangiennes du pouce en avant (cas le plus fréquent) comme en arrière? Il y a donc là un élément étiologique important : la laxité très grande des ligaments chez certains individus.

SYMPTOMES

Comme pour toutes les autres luxations, on pourrait diviser les luxations du pouce en luxations complètes et luxations incomplètes.

« Dans la luxation incomplète, dit Labarrière, les surfaces articulaires ne se seront abandonnées que dans une petite partie de leur étendue, le chevauchement et par conséquent le raccourcissement du pouce seront très limités, l'augmentation du diamètre antéro-postérieur sera moins considérable. Ces légères différences mises de côté, la symptomatologie est la même pour les deux variétés de luxations. »

Nous allons plutôt diviser ces symptômes comme le veut Lambret en symptômes constants et symptômes inconstants : les premiers seront des signes communs aux trois variétés ; les seconds seront particuliers aux luxations obliques.

Signes communs aux trois variétés. — Ce seront tout d'abord les commémoratifs, de peu de précision, en général ; le plus souvent, le malade a fait une chute sur la main, mais ne peut donner aucune indication sur la façon dont la main a porté sur le sol. Les seuls signes sur les-

quels on puisse tabler, sont les signes physiques et fonctionnels.

A la vue, la main paraît volumineuse, le diamètre antéro-postérieur du métacarpien est augmenté de volume : en effet, la tête métacarpienne fait un relief plus ou moins sensible à la face dorsale, la phalange ayant glissé en avant et, de ce fait, soulevant plus ou moins les muscles thénariens. Toutefois, comme il y a la plupart du temps un certain gonflement péri-articulaire, il n'est pas toujours facile de faire le départ entre ce qui appartient à l'œdème des téguments, et ce qui appartient à la luxation proprement dite. Le diamètre transversal de la main n'est pas modifié. Il y a généralement une dépression au-dessous de la tête du métacarpien ; quelquefois la peau est tendue ; on peut aussi trouver des sillons ou plis cutanés, autour du pouce, au niveau de l'éminence thénar.

Dans quelques cas, il y a une plaie permettant de sentir la tête du métacarpien. Enfin, il peut toujours y avoir des traces de contusion et d'ecchymoses.

Le raccourcissement du pouce est en général remarquable : il va de un demi-centimètre à un centimètre. Le pouce est, de plus, toujours plus ou moins fléchi sur la paume de la main.

A noter également que le pouce a une direction rectiligne sur le métacarpien, mais à un degré, fait observer Farabeuf, « inversement proportionnel au chevauchement ».

Si maintenant nous passons à la palpation, nous constatons que les mouvements spontanés sont impossibles — les mouvements provoqués sont gênés et douloureux. De plus, on peut, dans la plupart des cas, sentir les mouvements communiqués aux muscles thénariens pendant que la tête métacarpienne reste immobile.

Signes particuliers aux luxations obliques. — Jusqu'ici nous avons supposé que les tendons extenseurs restaient en place : c'est le cas de la luxation directe, en avant.

Qu'arrive-t-il lorsqu'ils sont déplacés ?

On voit alors apparaître deux signes nouveaux :

1° Une certaine rotation du pouce autour de son axe longitudinal, et qui dépend de la situation des tendons extenseurs : « L'ongle, dit Farabeuf, regarde directement en dehors si les tendons sont déjetés en dehors, en dedans si les tendons sont déjetés en dedans. »

Ceci s'explique (et Meschedé avait, avant Farabeuf, donné cette explication) par la forme de la phalange taillée en dos d'âne : il y a là, sur la face dorsale, deux versants allant chacun vers un bord latéral, et au contact desquels il se produit un glissement tel que le versant répondant au côté opposé à celui où les tendons sont luxés s'appliquera sous le métacarpien. Si le tendon tombe en dedans, c'est le versant externe de la phalange qui s'applique sur la face palmaire du métacarpien, et vice versâ. Le sens de la rotation du pouce indique donc bien le siège des tendons.

2° Un déplacement du pouce dans le sens latéral : c'est là la « déviation angulaire » de Farabeuf ; elle est due également au déplacement des tendons extenseurs soit en dedans, soit en dehors, et qui entraînent avec eux, dans l'un ou l'autre mouvement, l'extrémité du doigt.

Ces divers signes se retrouvent tous, plus ou moins, dans les différentes observations que nous avons pu recueillir, mais plus particulièrement dans le cas remar-

quable de Looten et Fontan (1) et à propos de laquelle ces auteurs eurent la bonne fortune, très rare et d'autant plus heureuse, de pouvoir observer le mécanisme de cette luxation *de visu* par dissection de la pièce, après la mort du sujet. Dans l'observation d'Alglave (2) les symptômes sont un peu différents, mais le déplacement articulaire n'est pas complet ; il y a seulement subluxation ; la base de la phalange avait, en effet, conservé un certain rapport avec la partie la plus antérieure et la plus interne de la tête articulaire.

Il est inutile de dire qu'un certain temps après l'accident, même dans le cas de luxation non réduite, la plupart de ces symptômes se modifient profondément. En particulier, la tuméfaction, la douleur disparaissent, et, si la difformité persiste, il y a possibilité de mouvements actifs.

En somme, si nous nous résumons, nous pouvons dire que les symptômes constants sont ceux de la luxation directe en avant ; les symptômes variables (déviation angulaire et rotation du pouce) sont caractéristiques du déplacement des tendons extenseurs et permettent de le diagnostiquer.

---

(1) Cf. observation XVIII.

(2) Cf. observation XIX.

DIAGNOSTIC

Tous les classiques s'accordent à reconnaître que la luxation du pouce en avant a été fort longtemps confondue avec la luxation en arrière.

« Il ne faut pas oublier, dit Malgaigne dans son Traité des fractures et luxations, que d'illustres théoriciens tels que J.-L. Petit, Duverney, et jusqu'à Delpech et Chélius, ont décrit l'inclinaison de la phalange en arrière comme un caractère de la luxation en avant ; et Marjolin en était si convaincu qu'il n'hésite pas à déclarer que la luxation en arrière de Boyer et de tous les observateurs est une luxation en avant. Il en avait vu quelques cas, pourtant, mais il avait pris la saillie de la tête métacarpienne pour l'extrémité luxée de la phalange même, et, s'il s'est trompé à ce point, on peut croire que la même erreur a été commise par d'autres .»

Il nous paraît étrange, aujourd'hui que le mécanisme de la luxation du pouce est si bien connu, que l'on ait pu confondre pendant si longtemps lésions si dissemblables.

Les signes particuliers à chaque variété sont nets, et un examen attentif, l'étude des rapports anatomiques ne

peuvent laisser de doute. Peut-être pourrait-il y avoir une confusion possible avec les arthrites, les exostoses, les tophus que peut présenter l'articulation métacarpo-phalangienne. Doit-on même songer à une déformation résultant d'une ancienne fracture du pouce ?

Le diagnostic se fixe surtout par le raccourcissement, la possibilité d'imprimer les mouvements dans le sens de la flexion, l'existence d'un traumatisme.

Il ne faut jamais oublier de déterminer la situation des tendons extenseurs, car il résulte de certaines observations, celle de Lorinser surtout, qu'en transportant la phalange de leur côté, on facilite leur dégagement.

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Le pronostic est bénin, car la réduction est en général facile bien plus que pour la luxation en arrière : la luxation palmaire du pouce est donc moins grave que cette dernière. On peut même affirmer, avec les classiques, qu'une luxation traumatique non compliquée, diagnostiquée précocement, et convenablement réduite, donnera un résultat fonctionnel éloigné satisfaisant.

D'ailleurs, même si la réduction ne se faisait pas, il n'y aurait pas impotence fonctionnelle ; les mouvements dans le sens de la flexion sont assez bien conservés, la préhension reste à peu près normale, et seule l'esthétique est compromise. Que s'est-il donc passé ?

Il s'est formé une néarthrose aux dépens de matériaux nouveaux et des vestiges de l'ancien appareil de contention, lesquels permettent une mobilité suffisante, et rendent très relative la gêne fonctionnelle consécutive à ces délabrements. Nos observations le prouvent suffisamment.

Une complication grave, c'est la coexistence d'une plaie ; c'est ainsi que, dans une observation de Cooper, il eut même de l'infection avec accidents généraux graves

et mort du blessé. Dans un cas d'Hamilton, il y eut même formation d'un abcès sous l'aponévrose palmaire, suivi d'ankylose... la suppuration intra ou extra-articulaire peut exister ; elle peut être déterminée par des séquestres (obs. XVII); des épanchements sanguins se forment parfois dans les cavités que déterminent les muscles qui s'éloignent de la tête articulaire tout en conservant leurs attaches : est-il nécessaire de dire que ces éléments nécrosés peuvent être le point de départ de graves phlegmons ?

Pendant la réduction, enfin, on peut éprouver des difficultés plus ou moins notables ; si le déplacement est peu prononcé, il ne peut entraver la réduction, mais si les tendons passent au-devant du tubercule articulaire du métacarpien, ils peuvent s'accrocher et gêner la réduction. Enfin, la réduction peut être instable, il peut y avoir récidive : nous y reviendrons à propos du traitement.

TRAITEMENT

Quel traitement instituer ?

Considérons d'abord les luxations récentes.

Que la luxation soit incomplète ou non, nous croyons que c'est un devoir pour le praticien, le diagnostic fût-il même douteux, d'essayer la réduction immédiate.

D'après certains auteurs, cette réduction doit se faire même après des semaines, pourvu qu'il n'y ait pas encore de déformation osseuse, de néarthrose parfaitement constituée.

Duplay et Reclus (1) déclarent que « cette réduction n'a jamais présenté de difficulté ». Hippocrate la pratiquait au moyen d'un lac en forme de nœud coulant, lui servant à faire des tractions combinées à de la contre-extension.

D'après Malgaigne (2), « Thierry l'obtint en tirant le pouce en bas et en avant de manière à le mettre en flexion

---

(1) Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

(2) Malgaigne. — Traité des fractures et luxations.

forcée; Nélaton se borna à tirer sur le doigt luxé avec les quatre derniers doigts de la main droite, en prenant un point d'appui avec le pouce de la même main sur l'os métacarpien; le lendemain, malgré une nouvelle chute, l'articulation était en bon état et les mouvements étaient déjà faciles ».

On peut encore, si nous en croyons Malgaigne, « faire de la contre-extension avec un lien et de la coaptation avec un doigt; mais les muscles de l'éminence thénar contractés et formant une corde tendue au-devant de la phalange opposèrent une résistance invincible. Alors l'opérateur imagina de faire basculer le pouce vers sa face dorsale, et, en combinant un léger mouvement de l'avant-bras avec des tractions énergiques, il arriva au résultat désiré ». Farabeuf, lui, pratique toujours l'extension, accompagnée de la contre-extension, mais il faut toujours auparavant rechercher le sens de la chute des tendons, afin de les dégager en transportant un peu la phalange de leur côté pour les manœuvres de réduction.

Le malade étant donc, au préalable, anesthésié, on fait des tractions sur le doigt, soit à pleine main, soit avec la pince imaginée par Farabeuf, pendant qu'un aide pratique la contre-extension, le tout étant combiné à des pressions exercées sur les saillies que forment les extrémités luxées, et au refoulement latéral de la phalange du côté des extenseurs, s'ils sont déplacés.

On peut enfin pratiquer tout simplement l'impulsion, manœuvre par laquelle on repousse en sens contraire les deux os qui ont perdu leur rapports normaux. Toutes ces manœuvres, faut-il le dire, doivent être faites par tractions lentes, continues, mais avec douceur.

Moty (de Lille) a beaucoup insisté sur les inconvénients auxquels expose la brutalité de ces réductions :

a) Distension prolongée des tendons et diminution selon qu'elle porte sur tel ou tel et dans tel ou tel sens, et, dans une certaine mesure, des mouvements de flexion ou d'extension.

b) Présence d'escarres, d'inflammation de l'articulation traumatisée.

c) Une plus grande souffrance pour le malade.

Sont-ce là considérations négligeables ?

Si l'on tient compte de l'influence des muscles lors de la réduction, et de la direction à imprimer à la tête luxée, l'emploi des pinces est souvent inutile ; il ne faut jamais déployer des efforts considérables ; la nature n'aime pas à être violentée. Le diagnostic posé, il faut réduire avec douceur, mais ténacité, en raisonnant, pour ainsi dire, la manœuvre à laquelle on se livre. C'est là un point sur lequel, et avec raison, Malgaigne a beaucoup insisté, et que le travail de Moty (de Lille) a bien mis en valeur. Si maintenant il y a luxation compliquée de rupture des éléments articulaires pouvant gêner la résection (c'est là le cas de l'observation XIX entre autres), on peut être autorisé à pratiquer la résection de la tête des métacarpiens.

Passons maintenant aux luxations anciennes. — Il peut arriver dans ce cas que la réduction de la luxation ne se maintient pas : ce sont les cas signalés par Folet, Lambret, Labarrière, Foucaut, Looten et Fontan, signalés dans nos observations. Il se forme alors une néarthrose, et il est inutile de rien tenter puisque l'articulation fonctionne en général d'une façon suffisante.

Toutefois, si la luxation n'est pas trop ancienne,

on peut tenter la réduction (Lenoir a ainsi réduit une luxation datant de 38 jours).

Quelles sont les causes de la récidive ?

Probablement faut-il incriminer l'ancienneté de la lésion ; il faut, de plus, tenir compte du déséquilibre articulaire causé par la désinsertion des os sésamoïdes (1), des déchirures capsulaires... les têtes articulaires peuvent perdre tout droit de domicile dans des cavités plus ou moins obstruées par des tissus de nouvelle formation et des inclusions ligamenteuses.

La réduction une fois obtenue doit être durable.

« Pour Farabeuf, dit Labarrière, le meilleur appareil est une bande de gutta-percha, ou une petite bande plâtrée, disposée en forme de croupière autour de la racine du pouce, dont les deux chefs remontent sur les côtés de l'articulation pour se réunir sur la face dorsale du métacarpien et aller ainsi jusqu'au poignet, où ils sont fixés par un bracelet de même substance. Cet appareil reste en place pendant une à deux semaines. »

On peut encore (Cf. observation XX) immobiliser la région malade au moyen de deux planchettes, l'une sur la face palmaire, l'autre sur la face dorsale, et serrer le tout par une bande roulée.

Enfin, les résultats obtenus seront considérablement améliorés par les mouvements gradués et par le massage (2).

---

(1) Voir Princeteau, in *Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 4, 1910.

(2) Dagron. — *Joural de médecine et de chirurgie pratiques de Paris*, 1910, p. 727.

Ce dernier bien pratiqué (on tend à le pratiquer de plus en plus de bonne heure) rétablira le calme dans l'appareil musculaire (en diminuant douleurs et contractures) et en facilitant ainsi le maintien en bonne position des fragments osseux.

Les malades guérissent d'autant mieux que la réduction a été pratiquée avec plus de douceur : ceux qui sont manœuvrés par des mains peu expertes ou brutales conservent longtemps de la raideur, des douleurs et de la faiblesse musculaire.

Nous dirons enfin que la rééducation des mouvements a une importance capitale ; elle empêchera assez souvent les récidives causées par la maladresse musculaire.

OBSERVATIONS

De toutes nos longues et consciencieuses recherches bibliographiques, nous avons retiré un certain nombre d'observations. Nous en avons même une inédite : cette observation est due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran.

Observation I

Nous la donnons pour mémoire. Cette observation est due à Verduc (1689). « Le pouce est tout courbé, fort raccourci, et l'extrémité de l'os du milieu (base de la première phalange) est fort avancée en dedans, sous le muscle thénar. La réduction a été obtenue en plaçant la main sur une table et en faisant l'extension et la coaptation. »

Observation II

Obs. de Velpeau. — Chez une femme, à la suite d'une cuhte, la première phalange du pouce avait passé au

devant du premier métacarpien. La luxation existait depuis trois jours et il n'y avait pas d'infection. La luxation ne put être réduite.

Observation III

Obs. de Thiérry. — Un Polonais, d'une très grande force, âgé de 46 ans, se prit de querelle avec un autre individu, et lui administra un coup de poing qui amena une luxation du pouce. Le premier métacarpien passa par-dessus la phalange ; la réduction, tentée par extension et contre-extension par plusieurs chirurgiens ne put réussir. Thierry l'obtint en pratiquant l'extension sur le pouce mis en flexion forcée.

Observation IV

Obs. de Nélaton. — Il s'agit d'un vieillard de 78 ans qui, la veille au soir, avait fait une chute ayant amené de la douleur et de l'impotence fonctionnelle au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Déformation régulière ; pouce dévié en dehors, raccourci d'un demi-centimètre ; la flexion du pouce était de 45°, mouvements spontanés, impossibles, mouvements provoqués, douloureux ; peu de gonflement péri-articulaire ; peau tendue, sillons ou plis cutanés, très prononcés à la racine du pouce et de l'éminence thénar. Réduction aisée par extension sur le pouce avec les quatre derniers doigts de la main droite et avec un point d'appui de la même main sur la tête du métacarpien.

Observation V

Obs. de Nélaton. — Un cas de luxation du pouce en avant chez une femme adulte. Réduction faite sans difficulté.

Observation VI

Obs. de Malgaigne. — C'est là un cas de luxation incomplète. Un carrier, en jetant des moellons en eut un qui se brisa entre ses mains ; la main gauche, précipitée par le mouvement, alla heurter contre un autre moellon par la face palmaire du pouce, tandis que la portion du moellon restant dans la main droite frappait sur la face dorsale de la phalange du même doigt. Il n'y avait pas d'inclinaison marquée de la phalange, seulement, la tête de l'os métacarpien faisait à la face dorsale une saillie de 6 à 8 millimètres, et la phalange était portée d'autant en avant.

Réduction obtenue au premier essai par l'extension combinée avec la pression en sens inverse sur les extrémités luxées. Guérison complète le 25^{me} jour.

Observation VII

Obs. de Lenoir. — Un enfant fait une chute ; 38 jours après l'accident, on constate la déformation habituelle ; le pouce n'est pas fléchi, mais est raccourci, et en rotation interne ; mouvements spontanés impossibles, mouvements communiqués très douloureux. Pas de gonflement

ni de traces de contusion sur ce doigt. Réduction obtenue à l'aide de tractions mécaniques combinées à la flexion de la phalange sur le métacarpien et à un léger mouvement de torsion en dehors.

Observation VIII

Obs. de Lombard. — Anna B..., âgée de 22 ans, fit une chute telle que tout le poids du corps porta sur la face palmaire du pouce. Le pouce présentait la déformation caractéristique, raccourci de toute la première phalange, en légère rotation interne, fléchi de 60° environ sur le métacarpien. Le diamètre antéro-postérieur du métacarpe était plus que doublé de volume. Réduction obtenue en renversant fortement le pouce en arrière et en exerçant des tractions forcées combinées à un léger mouvement de latéralité.

Observation IX

Obs. de Lorinser. — Chez un jeune homme de 17 ans, chute sur la main droite, suivie d'un gonflement notable et très douloureux de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ; déformation caractéristique à la face dorsale et à la face palmaire. Le pouce tout entier est en extension modérée ; mouvements volontaires impossibles, mouvements communiqués douloureux. En exerçant des tractions, il se forme une dépression au-dessous de la tête métacarpienne, due vraisemblablement à l'insertion de quelques expansions du tendon extenseur à la face profonde de la peau. Le tendon a sauté par-dessus le

tubercule externe du métacarpien, et, en s'interposant aux os luxés, amène obstacle à la réduction. Pour en avoir raison, il a fallu transporter la phalange vers le bord radial afin d'amener le dégagement de ce tendon.

Observation X

Obs. d'Hamilton. — Il s'agit d'une luxation du pouce droit en avant, à la suite d'un coup de poing ; le choc avait porté sur la face postérieure de la seconde articulation du pouce. La première phalange était située en avant du métacarpien et sur le même plan que cet os, c'est-à-dire en légère extension, mais la seconde phalange était légèrement renversée en arrière. La réduction se fit par des tractions combinées à un léger degré de flexion. Il se déclara par la suite une inflammation intense qui aboutit à la formation d'un abcès sous-aponévrotique. Le pouce finit par s'ankyloser presque complètement.

Observation XI

Obs. de Foucaut. — Un enfant a reçu d'un de ses camarades, et quelques heures auparavant, un coup de pied sur la main gauche. On trouve une luxation du pouce en avant : pas de contusion, pas d'ecchymose, relief très sensible de la tête du métacarpien à la face dorsale ; la phalange qui a glissé en avant détermine un léger soulèvement des muscles thénariens.

En imprimant des mouvements au doigt, tenu par l'extrémité, on les sent communiqués sous les muscles en ce point, tandis que la tête métacarpienne reste immobile.

La deuxième phalange est un peu fléchie sur la première. La réduction fut assez facile par traction directe et propulsion de la base de la phalange.

Observation XII

Cette observation est également de Foucaut et concerne X..., âgé de 18 ans, entré le 10 février 1876 à Lariboisière, service de Tillaux.

Chute du malade de toute sa hauteur, suivie de douleur très vive au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce. Déformation notable de l'articulation, diamètre antéro-postérieur considérablement augmenté, diamètre transversal à peine modifié. A la face dorsale, saillie sensible de la tête métacarpienne ; sous les muscles de l'éminence thénar on sent la base de la phalange qui s'est portée en arrière et en dedans. Rotation en dehors des phalanges. L'articulation est le siège d'une douleur très vive et d'un gonflement inflammatoire intense. Mouvements spontanés douloureux. Réduction facile.

Observation XIII

Cette observation est également de Foucaut et concerne G. Pierre, 53 ans, infirmier dans une maison de santé de Paris. Au cours d'une lutte soutenue avec un aliéné, il roula le long des marches d'un escalier, et, quand il se releva, il sentit une douleur très vive au niveau du pouce gauche tuméfié.

Soigné d'abord par un rebouteur, il eut une déforma-

tion qui cependant ne le gênait pas beaucoup dans ses travaux. Voici l'état dans lequel on le trouva quelques années plus tard :

La déformation est caractéristique ; la tête du métacarpien fait une saillie très notable sur la base de la première phalange. Dans la paume de la main on sent la base de la phalange qui a remonté sous le métacarpien dans un tiers de sa longueur. La luxation s'est faite en avant et un peu en dehors.

La phalange dépasse le bord externe du métacarpien d'un quart environ de sa largeur, et on sent, dans l'espace interdigital, c'est-à-dire du côté interne, la partie inférieure du métacarpien. Les muscles de l'éminence thénar ont été légèrement refoulés en dedans, de sorte que cette éminence paraît plus large, aplatie, sans atrophie musculaire.

La première phalange forme avec le métacarpien un angle obtus, ouvert en dehors et en avant ; elle fait avec sa face antérieure un angle de 150° environ, donc un angle dorsal de 30° sur son axe, de telle façon que la face palmaire du pouce se tourne directement vers la paume dans le mouvement d'opposition.

En résumé, il y a trois déviations : la phalange est portée en avant et en dehors avec une rotation de dehors en dedans. Le pouce est raccourci. Mouvements conservés par suite de la formation d'une nouvelle articulation. Mouvement d'opposition du pouce facile, son contact avec le bord externe de l'index est difficile. Quant aux mouvements de circumduction, ils n'existent que provoqués. En un mot, la difformité dont ce malade est atteint ne le gêne pas dans les travaux peu compliqués qu'exige sa position d'infirmier.

Observation XIV

Observation due à Folet (de Lille). — La malade, âgée de 32 ans, a fait la veille une chute sur la main droite. Pas d'autres renseignements commémoratifs. A l'examen clinique, articulation métacarpo-phalangienne du pouce déformée. La partie supérieure de la première phalange du pouce est portée en avant et en dedans de l'extrémité inférieure du premier métacarpien. Cette extrémité est saillante sous la peau, en arrière ; en avant, c'est l'extrémité supérieure de la phalange. Augmentation du diamètre antéro-postérieur de l'articulation. Le pouce est raccourci d'un centimètre, rectiligne, légèrement fléchi sur le métacarpien, et dévié de telle sorte que sa face postérieure regarde en dehors, et sa face antérieure en dedans : c'est la rotation interne. Pas de gonflement péri-articulaire. Douleurs spontanées faibles, mais la palpation est pénible à la malade. Mouvements actifs impossibles, mouvements impossibles en dehors et en arrière. Les mouvements de latéralité sont très prononcés, alors qu'il existent à peine à l'état normal.

Vingt-quatre heures après l'arrivée de la malade, le chirurgien prend le pouce à pleine main, exagère d'abord la luxation en le portant en dedans, puis tire sur le pouce luxé, en même temps qu'il appuie l'extrémité de son propre pouce sur la tête métacarpienne saillante qui est ainsi repoussée en haut. Contention par deux attelles en carton. L'appareil est levé quelques jours après : douleurs nulles, mais les mouvements de latéralité sont assez marqués, sans doute à cause de

la déchirure des ligaments latéraux. Guérison complète en une quinzaine de jours.

Observation XV

Nous résumons cette observation, extrêmement longue, de Labarrière, de Lille : Un malade, à la suite d'une chute, avait eu une fracture du col du fémur et une tuméfaction du poignet droit. Pour cette dernière on diagnostiqua une luxation palmaire de pouce qu'on essaya de réduire, quatre mois après l'accident ; une récidive eut lieu. Le malade fut retrouvé dans l'état suivant : déformation caractéristique de l'articulation métacarpo-phalangienne ; la tête métacarpienne fait saillie à la face dorsale ; au-dessous une dépression dans laquelle s'enfonce la peau, de manière à recouvrir les parties luxées. Sur la face palmaire, saillie moins accusée et cachée sous les muscles thénars.

Des mouvements imprimés à l'extrémité unguéale du pouce se propagent entièrement à la saillie de la face palmaire. Le diamètre antéro-postérieur de l'articulation est augmenté. Pouce rectiligne, fléchi de 45° sur le métacarpien. La mensuration pratiquée à partir de l'articulation trapézo-métacarpienne accuse un raccourcissement de 7 millimètres.

Déviation angulaire en dehors de l'extrémité unguéale du pouce, lequel est également en rotation interne. Les extenseurs sont situés vers le bord radial.

La nouvelle articulation jouit de mouvements étendus, non douloureux, surtout du côté de la flexion ; mouvements d'opposition faciles sauf avec le bord interne des deux derniers doigts, et cela à cause du raccourcisse-

ment du pouce. En somme, le malade peut se servir très avantageusement de sa nouvelle articulation.

Observation XVI.

Obs. de Péraire. — Parue dans le *Bulletin de la Société anatomique* du 13 janvier 1906, et concerne Jean D..., terrassier, qui avait reçu, le 13 juillet un coup de marteau sur le pouce droit, suivi d'impotence fonctionnelle. Une semaine plus tard, on constate de l'augmentation de volume de l'articulation métacarpo-phalangienne avec ankylose presque complète. Après huit jours de massage sans résultats, le malade vient à l'hôpital. La radiographie révèle une subluxation de la phalange du pouce sur l'articulation métacarpienne. La réduction fut proposée, mais le malade quitta l'hôpital et fut perdu de vue.

Observation XVII

« Observation intéressante, dit Vanverts (1), non seulement au point de vue de sa rareté, mais aussi par ce fait que j'ai dû intervenir par l'arthrotomie pour en obtenir la réduction, et que j'ai pu ainsi constater *de visu* la nature des lésions qui rendaient la réduction de la luxation instable. » Voici l'observation résumée :

L..., 40 ans, contre-maître ; le 17 août 1904, un accident (coup de marteau) surprit la main droite dans une position telle que le pouce se mit en hyperextension.

---

(1) Société anatomique de Lille, 23 février 1906.

Douleur, craquement, tuméfaction consécutive. La luxation est réduite par un médecin qui place, au niveau du pouce, deux attelles en bois.

Je vois le blessé le 21 août : le diagnostic de luxation est net ; j'obtiens facilement, mais non sans douleur, la réduction par une légère pression exercée d'avant en arrière sur la 1re phalange. La luxation se reproduisant aussitôt, je place une attelle extérieure.

Le 29 août, l'appareil enlevé, la luxation se reproduit ; réduction et pose d'un appareil plâtré. Le 12 septembre, au lever de l'appareil, reproduction de la luxation ; 3e réduction, très douloureuse, suivie de l'application d'un plâtre. Le 26 septembre, l'appareil enlevé, la luxation se reproduit. Je conclus qu'il existe un obstacle suffisamment élastique pour ne pas empêcher la réduction, mais qui, persistant, rejette la phalange en avant quand la force qui repousse celle-ci en arrière disparaît. Je décide d'intervenir.

Opération le 3 octobre. — Incision dorsale, longitudinale, de 5 centimètres en dehors de la ligne médiane pour ménager les tendons, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Section de la peau, des tissus sous-cutanés, des ligaments ; ouverture de l'articulation.

La partie postérieure de la tête métacarpienne est recouverte, surtout en dehors, de tissus rougeâtres, adhérents au cartilage qu'ils voilent. Ceux-ci se continuent en arrière avec ce qui semble le ligament postérieur de l'articulation... Il est alors possible de comprendre ce qui se passait au moment des manœuvres de réduction ; quand je repoussais la première phalange en arrière, je déprimais le ligament postérieur et parvenais à obtenir une réduction apparente ; au moment

de l'enlèvement du doigt ou de l'appareil qui maintenait cette réduction, le ligament postérieur, distendu par le le bord postérieur de la phalange, rejetait celle-ci en avant.

Je sectionnai transversalement ce ligament postérieur au niveau de son insertion métacarpienne et en excisai une partie. Je ne pus enlever qu'incomplètement les tissus rougeâtres qui adhéraient à la partie postérieure de la surface articulaire du métacapien. Trois catguts furent placés de haut en bas sur les parties fibreuses, en arrière de l'articulation, de façon à les raccourcir et à former une sorte de ligament d'arrêt susceptible d'empêcher la phalange de se porter en avant. Fermeture de la capsule au catgut ; pas de reluxation ; crins cutanés, appareil plâtré. Il y eut une suppuration prolongée qui ne tarit qu'au bout de quelques mois, et après expulsion d'un séquestre.

La luxation resta réduite, mais l'articulation métacarpo-phalangienne fut ankylosée en extension.

Observation XVIII

Obs. de Looten et Fontan. — Homme de 44 ans dont la main droite a un aspect caractéristique : tuméfaction arrondie et dure au dos du pouce, surplombant une profonde dépression qui répond à la partie postérieure de la première phalange. Vers la racine des doigts, elle se continue sur le même plan frontal que le corps métacarpien ; sur la face palmaire, nous ne sentons pas de dénivellement correspondant, les muscles thénariens masquent le fossé, mais la résistance osseuse de la face antérieure du métacarpe fait défaut. Epaississement con-

sidérable du diamètre antéro-postérieur du doigt à ce niveau (3 centimètres, pour un du côté sain). Raccourcissement du doigt : 2 cm. 6. Enfin, l'axe du métacarpien ne se prolonge pas avec celui des phalanges. Le pouce, fléchi sur le métacarpien, forme avec ce dernier un angle optus de 140° ouvert en avant. De plus, déplacement latéral et rotation suivant son grand axe, de sorte qu'il s'incline au dehors et forme avec le premier métacarpien un angle de 35°. La face unguéale regarde en dehors et en avant, la pulpe du pouce s'oppose à la paume de la main.

Mouvements d'extension communiqués gênés par le contact de la phalange et du métacarpien ; mouvements de flexion et de latéralité faciles ; pas de modification des téguments ; un léger bourrelet cutané transversal, dû au raccourcissement, entoure la base de la phalange, la peau semble distendue par le chevauchement.

Observation XIX

Obs. d'Alglave (résumée). — H... Pierre, 37 ans, entre à la Pitié le 21 juin 1906, pour accident survenu 5 semaines auparavant au pouce de la main gauche. Dans une chute de bicyclette, le pouce gauche a porté sur le sol avec flexion de la deuxième phalange sur la première, et de celle-ci sur le métacarpien . La peau de la face dorsale est éraflée, gonflement énorme du doigt à ce niveau, lequel avait suffisamment caché la déformation pour qu'elle passât inaperçue. L'impotence fonctionnelle était devenue très grande dès l'accident.

A l'arrivée du malade, son état est le suivant ; déformation et augmentation de volume du pouce à sa partie

moyenne ; flexion anormale de la première phalange sur le métacarpien, son axe est porté en dedans de l'axe métacarpien, tandis que l'axe du pouce est en abduction par rapport au même doigt. La tête métarcapienne fait saillie en dehors, pendant que le pli de la flexion de la première phalange sur le métacarpien est effacé et repoussé vers le creux de la main ; largeur de l'articulation augmentée, et, au-dessus d'elle, l'éminence thénar apparaît atrophiée et aplatie.

A la palpation, la tête métacarpienne fait saillie à la face dorsale élargie et douloureuse à la pression ; pas de dépression au-dessous d'elle ; des parties fibreuses doivent combler le vide qu'on ne trouve pas sous la tête métacarpienne ; sur la face palmaire existe une saillie très marquée (base de la première phalange) avec une dépression nette.

Le diagnostic de luxation du pouce en avant et en dedans est porté sans hésitation. A la radiographie, on voit cependant que le déplacement des surfaces articulaires n'est pas complet.

Quant aux mouvements volontaires ils sont impossibles au niveau de l'articulation lésée ; l'opposition du doigt avec les autres doigts est possible sauf avec les deux derniers.

Le 29 juin 1906, tentative de réduction simple sans chloroforme, par hyperflexion des phalanges sur le métacarpien et tractions soutenues sur elles. Ces manœuvres ne donnent pas de résultat.

Nous pratiquons alors une incision dorsale et médiane au droit de l'articulation lésée, longue de 6 cm. Le tendon extenseur, très épaissi par néoformation fibreuse, est porté en dedans de la ligne médiane, sectionné en son milieu, ses deux moitiés sont écartées ; incision de la

capsule articulaire, ouverture de l'articulation ; désinsertion latérale de la capsule, ainsi que des ligaments latéraux ; la tête métacarpienne est normale ; après libération ainsi obtenue des extrémités osseuses, on fait bâiller l'articulation en fléchissant le pouce.

On voit alors qu'il existe, interposée entre la phalange et la tête métacarpienne, une languette cartilagineuse ; celle-ci est abrasée. La réduction est alors tentée ; elle ne se fait pas ; cela semble provenir de la rétraction des parties fibreuses et musculaires agissant surtout sur l'appareil gléno-sésamoïdien qui ne bouge pas sous la tête métacarpienne. On décide la résection de la tête. Les phalanges sont ramenées en bonne position ; on reconstitue aussi exactement que possible l'appareil fibro-ligamenteux, latéral, le tendon extenseur du pouce. Fermeture de la plaie, attelle de bois contre la face palmaire du pouce.

Suites opératoires bonnes ; fils levés le dixième jour, massage et mouvements à partir du quinzième. Un mois après l'opération, le malade avait repris son travail.

Observation XX

(Personnelle-inédite, due à l'obligeance du Dr Soubeyran, agrégé.)

Mlle X..., 33 ans, à la suite d'un accident d'automobile qui la projeta sur la route, le 1er novembre 1910, en même temps que quatre autres personnes, s'aperçut qu'elle avait le pouce de la main droite luxé (mécanisme ignoré).

Elle nous est amenée aussitôt, et nous constatons

qu'elle présente des plaies du front, du nez et une luxation en avant du pouce.

A l'inspection, intégrité complète des téguments, raccourcissement du pouce ; on peut, de plus, noter un gonflement notable de l'éminence thénar ; d'autre part, le pouce a une direction parallèle par rapport au métacarpien, mais sur un plan antérieur.

La palpation est peu douloureuse, mais le pouce est immobile, les mouvements spontanés sont nuls, les mouvements provoqués sont pénibles. La tête du métacarpien est isolée ; d'autre part, sous l'éminence thénar, on sent très bien la première phalange du pouce.

La réduction fut immédiatement tentée : elle fut facile, sans vives douleurs.

a) Tractions sur le pouce pendant qu'un aide pratique la contre-extension sur l'avant-bras.

b) On procède en même temps à la propulsion directe sur la phalange qui est repoussée dans l'articulation ; la mobilité reparaît. Enfin, la région malade est immobilisée au moyen d'un simple appareil : deux planchettes, dont l'une est appliquée sur la face palmaire, l'autre sur la face dorsale ; une bande est enroulée, plutôt serrée sur le tout. La guérison, obtenue en quelques jours, fut parfaite et le pouce conserva toute sa mobilité.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu faire une étude aussi complète que possible d'une lésion que les recherches de Farabeuf, puis celles de Labarrière ont bien mis au point. Cependant, de cette courte étude se dégagent quelques faits sur lesquels nous croyons devoir insister :

1° La luxation palmaire du pouce est rare, mais moins cependant qu'on veut bien le dire.

2° Son mécanisme est variable, mais le plus souvent il s'agit d'un mouvement violent d'hyperextension.

3° Les symptômes de cette lésion aujourd'hui bien connus ne permettent plus les erreurs de diagnostic, fréquentes autrefois.

4° Le traitement nous semble devoir être le suivant :

a) Réduction immédiate, même s'il y a plaie ; les divers chirurgiens ont essayé les manœuvres les plus simples, et cela avec succès en général ;

b) La réduction doit être faite avec douceur pour éviter

les distensions ligamenteuses et la gêne fonctionnelle consécutive, les lésions osseuses qui déforment la cavité articulaire, les épanchements sanguins et les exsudats qui peuvent ultérieurement s'enflammer.

c) Immobilisation au moyen d'attelles (10 à 15 jours en moyenne).

d) Massage qui bien pratiqué (doux, progressif, régulier), donnera les meilleurs résultats ; il réveillera l'élasticité et la tonicité des tissus, résorbera les exsudats, tonifiera la région malade en prévenant la raideur articulaire et l'ankylose.

5° Le pronostic de cette lésion est bénin.

Il importe en effet que le pouce, qui fait de la main un organe de préhension, conserve toute sa valeur fonctionnelle.

Puisse cette modeste étude recevoir de nos juges un accueil favorable !

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — *In* Bulletin de la Société anatomique (23 novembre 1906).

Annales d'Orthopédie (Les) depuis 1900.

Dagron. — Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques de Paris, 1910.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie.

Dictionnaire de Médecine.

Farabeuf. — Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1876.

Foucault. — Thèse de Paris, 1876.

Hamilton. — Traité des fractures et des luxations.

Index Medicus.

Journal de Chirurgie, années 1908, 1909, 1910, 1911.

Journal de Médecine de Paris, 1910, n° 32.

Labarrière. — Thèse de Lille, 1898-1899.

Lambret. — Archives provinciales de Chirurgie, 1900.

Lenoir. — Revue médico-chirurgicale, tome XI, page 171.

Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie.

Looten et Fontan. — *In* Echo Médical du Nord, 1909.

Lorinser. — Gazette des Hôpitaux, 1857.

Lombard. — Traité des fractures et des luxations.

Meschedé.

Malgaigne. — Traité des fractures et des luxations.

Moty. — *In* Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1898.

Péraire. — *In* Bulletin de la Société anatomique (13 janvier 1906).

Presse Médicale (La).

Princeteau. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1910.

Société anatomique (Bulletin de la), 1906.

Thierry. — Gazette des Hôpitaux, 1844.

Vauverts. — Communication à la Société anatomique de Lille (23 février 1906).

Velpeau. — Anatomie chirurgicale.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 15 décembre 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 décembre 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!